

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W21-612820

66187

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) Matricole : 6407 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre : JABRANE Mohamed youssef

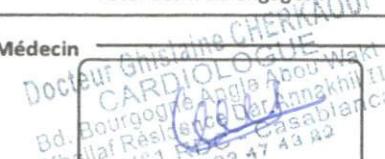
Nom & Prénom : 29/06/1966 Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0662868607 Total des frais engagés : 650DH DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/02/2021

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Souffle essoufflement

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la cause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
10/10/2021	Eccho Doppler Cardiogramme		650 DH	INP : 356660288 Docteur Ghislaine CHAHALI CARTE D'EXERCICE Bourgogne-Franche-Comté Chahal Résidence Par Annakhil 1 N° 05 22 77 43 55

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																				
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																				
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées (List of treated teeth)	Nature des Soins (Nature of treatments)	Coefficient (Coefficient)	INP : <input type="text"/>															
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>															
					FIN D'EXECUTION <input type="text"/>															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;"></td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B		B
H	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
D	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
B		B																		
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

Docteur Amine SAIDI

Spécialiste en ORL
et en Chirurgie Cervico - Faciale
Exploration de L'Audition - Endoscopie

الدكتور أمين سعیدی

اختصاصي في أمراض الأذن، الأنف والحنجرة
جراحة الوجه والعنق
اختبار السمع - الفحص بالمنظار

Casablanca, le

13/2/2021 الدار البيضاء، في

Dr. Amine SAIDI
Spécialiste ORL
Chirurgie Cervico-Faciale
Exploration de l'Audition
Endoscopie

Échographie -
Cardiologie
AGO 4

Dr. Amine SAIDI
Spécialiste ORL
Chirurgie Cervico-Faciale
Exploration de l'Audition
Endoscopie

Casablanca le : 19/02/2021

NOTE D'HONORAIRES

PATIENTE: Enfant JABRANE INES

ECHODOPPLER CARDIAQUE.....650.00DH

Arrêté le montant de la présente facture à la somme de :
SIX CENT CINQUANTE DIRHAMS



Le 19/02/2021

Enfant JABRANE INES

Compte rendu Echocoeur transthoracique

Ao: 12
OG: 23

SIV: 6
PP: 6

VG: 34/22
FR: 36%

FE: 67%

- VG non dilaté, non hypertrophié, de bonne fonction systolique segmentaire et globale.

FEVG : 67%.

- Profil mitral normal.

- Valves mitrales fines, de bonne ouverture.

→ Pas de RM ni d'IM.

- Sigmoïdes aortiques au nombre de trois cusps, souples sans sténose ni fuite aortique. Pas de dilatation de l'aorte ascendante. Flux aortique à 0.86 m/s

- OG non dilatée.

- Cavités droites non dilatées : VD à 17 mm, bonne fonction VD, TAPSE : 18 mm.

- VCI fine et compliant.

- Pas d'HTAP.

Au total :

- VG de taille et de fonction systolique globale et segmentaire normales.

- OG non dilatée.

- Absence de valvulopathies.

- Cavités droites de taille et de fonction systolique normales.

- Pas d' HTAP.

- VCI fine et compliant.

- Péricarde sec.

Docteur Ghislaine CHERKAOUI
CAP DHC OCIE
Bd. Bourgogne Angle Abou Wakt
Khallaf Raffedane Dar Annakhil II
Appt. N°1 RDC Casablanca
Tél. + 212 522 474 382 - E-mail : lghislaine.cherkaoui@gmail.com

JABRANE,INES
DR CHERKAOUI GHIZLANE

ID:339712102197 Cardiaque V

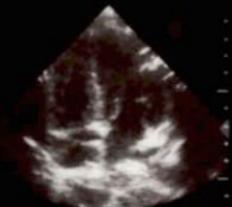
2:24:43
19-Fév-21

1 Profond = 1.82 cm
Temps = 325 msec
Pente = 5.58 cm/s

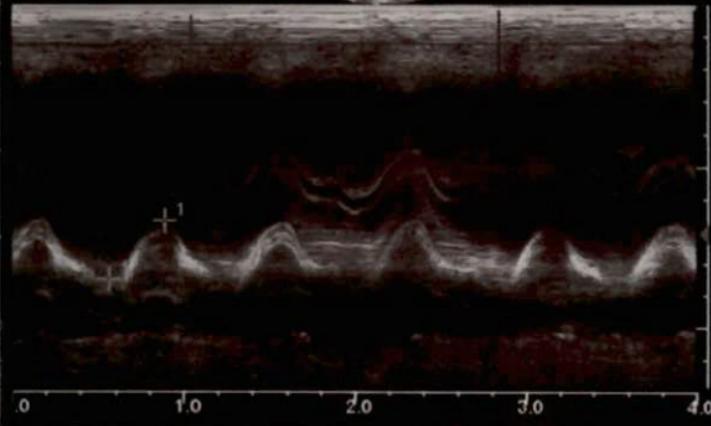
F

35

2D



M



JABRANE,INES
DR CHERKAOUI GHIZLANE

ID:339712102197 Cardiaque V

2:22:43
19-Fév-21

1 V= 0.86 m/s
P= 2.94 mmHg

F

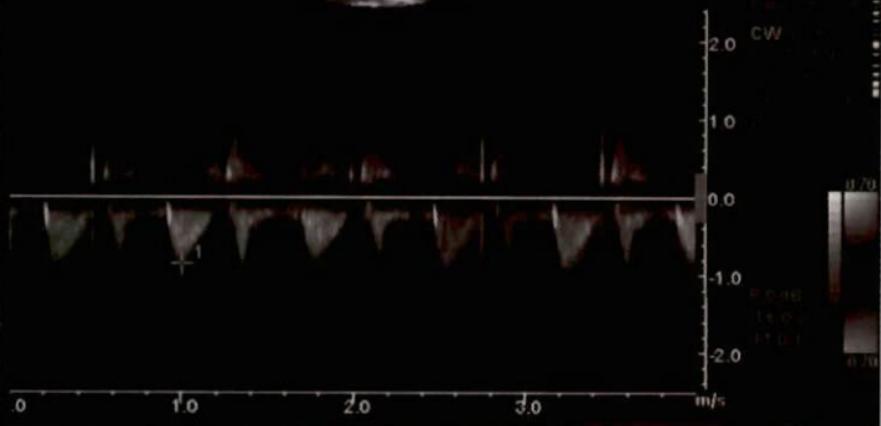
35

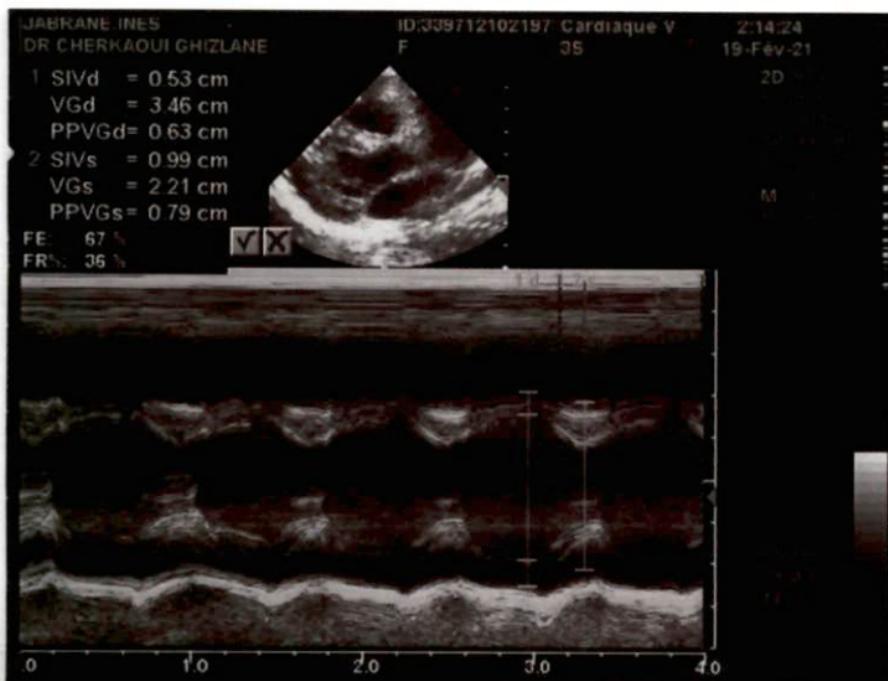
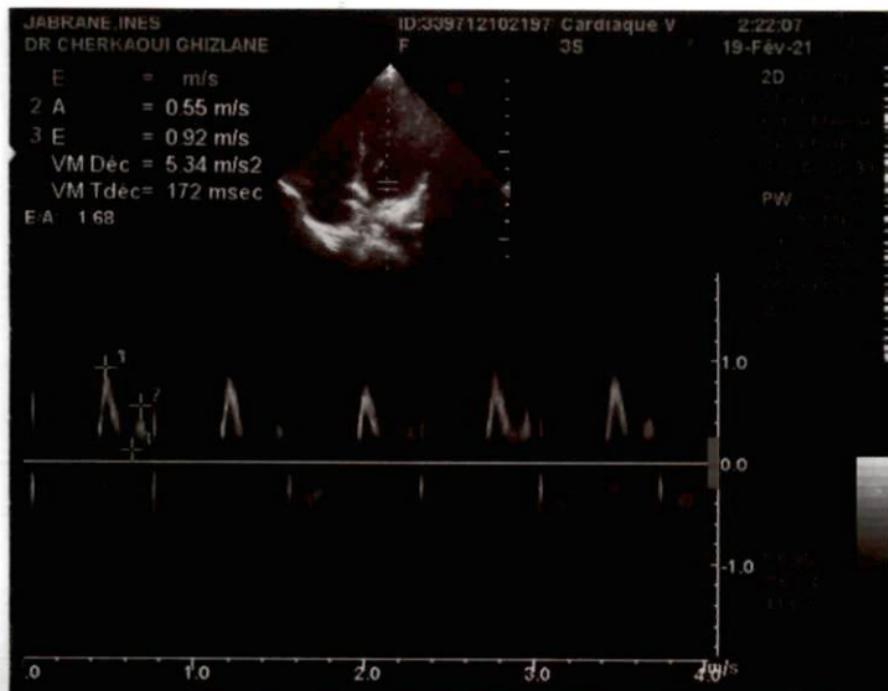
2D



CFM

CW

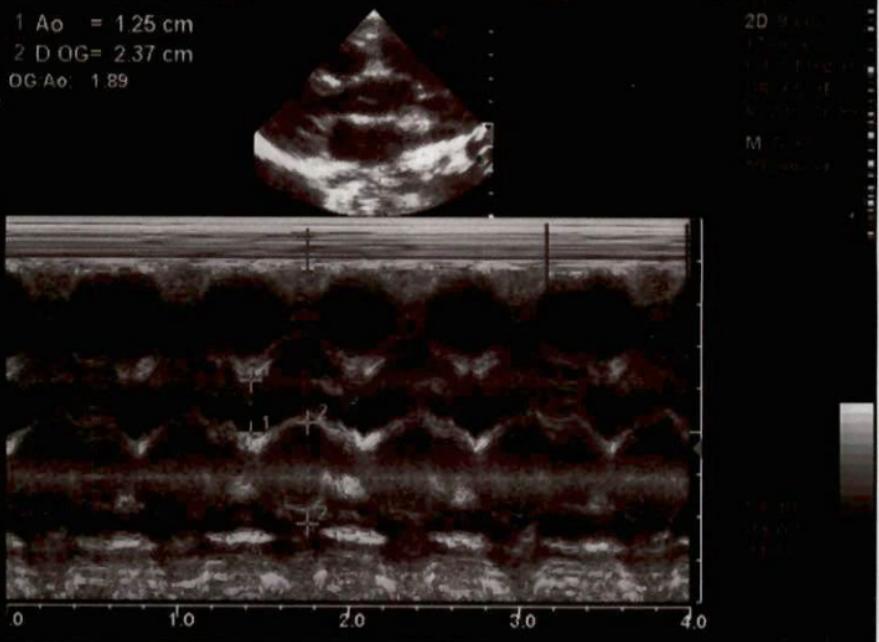




JABRANE INES
DR CHERKAOUI GHIZLANE
1 Ao = 1.25 cm
2 D OG= 2.37 cm
OC Ao: 1.89

ID:339712102197 Cardiaque V
F 35

2:13:41
19-Fév-21



BAMI ITTO
DR CHERKAOUI GHIZLANE

ID:339712102182 Cardiaque V
F 35

7:38:16
18-Fév-21

